

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N° 71

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Bernard LACAZE

Externe des Hôpitaux de Paris

LE

HOQUET ÉPIDÉMIQUE

Président : M. ACHARD, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

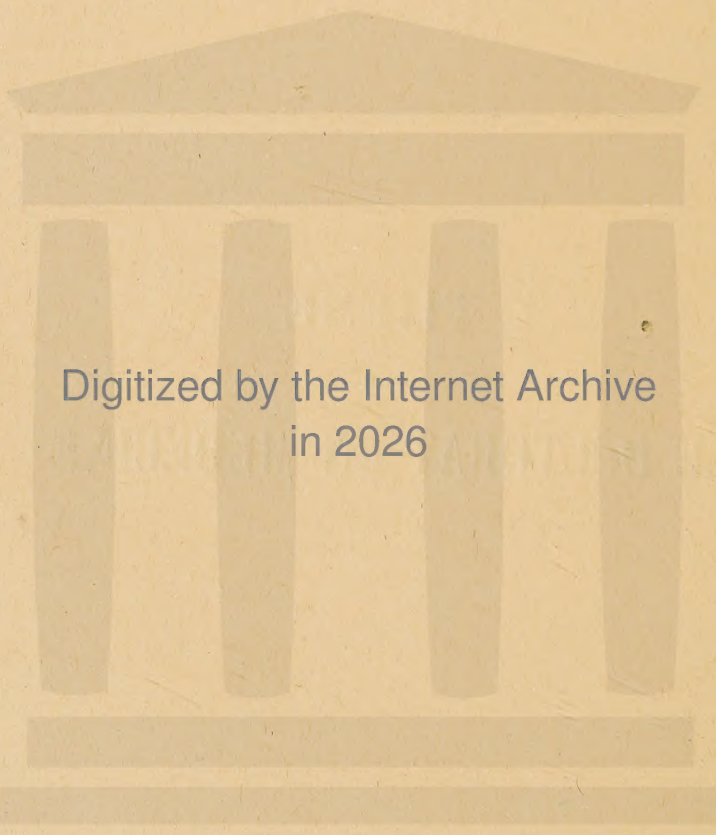
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1920

71

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Bernard LACAZE

Externe des Hôpitaux de Paris

LE

HOQUET ÉPIDÉMIQUE

Président : M. ACHARD, professeur



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Bactériologie.	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale.	N.
Pathologie chirurgicale.	N.
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.	PIERRE POUCHET
Thérapeutique.	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale.	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	N.
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance.	DUPRÉ
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBET
Clinique des maladies contagieuses.	GOSSET
Clinique chirurgicale.	LEJARS
	HARTMANN
	DE LAPERSONNE
Clinique ophtalmologique.	LEGUEU
Clinique des maladies des voies urinaires.	BAR
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEl-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur ACHARD

A MON MAÎTRE

Monsieur le Docteur H. Dufour

Médecin des Hôpitaux

*Qui a bien voulu nous indiquer
le sujet de cette thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

1909-1910

Monsieur le Professeur RECLUS (*in memoriam*)

Monsieur le Docteur GOUGET (*in memoriam*)

Externat dans les Hôpitaux

1910-1911. Monsieur le Docteur GUINARD

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

(*in memoriam*)

1911-1912. Monsieur le Docteur F. RAMOND

Médecin des Hôpitaux

1912-1913. Monsieur le Docteur H. DUFOUR

Médecin des Hôpitaux

1919-1920. Monsieur le Docteur H. DUFOUR

Médecin des Hôpitaux

1920 Monsieur le Docteur O. MACÉ

Accoucheur des hôpitaux

LE HOQUET ÉPIDÉMIQUE

Au cours de ces dernières années, la grippe a sévi, empruntant successivement les physionomies cliniques qui lui ont été décrites : tout d'abord, la forme thoracique, puis la forme gastro-intestinale, enfin la forme nerveuse.

Pendant l'évolution de cette forme nerveuse, nombreuses furent les observations publiées, les communications aux sociétés médicales. Un certain nombre de symptômes cependant se présentèrent sous un aspect si particulier, qu'ils ne tardèrent pas à être groupés et à constituer une entité morbide, contagieuse et épidémique, causée par un microbe spécial, dont l'action serait seulement permise ou favorisée par celle du microbe de la grippe : l'encéphalite léthargique. Toutefois, certains auteurs pensèrent que cette nouvelle affection pourrait bien n'être qu'une modalité nerveuse de la grippe, intéressant plus spécialement le mésencéphale.

Quoi qu'il en soit, dans un article paru dans le *Journal médical français*, le Dr Paul Sainton a classé et résumé les formes nombreuses qui ont été décrites à cette encéphalite récemment isolée :

Formes myocloniques, myotoniques et algiques ;
Forme diffuse à marche descendante ;

Formes localisées : méningées, cérébrales, méso-céphaliques, bulbaires, médullaires, radiculaires, névritiques et névralgiques ;

Formes aiguës, subaiguës, à rechutes, abortives, prolongées et légères.

Au milieu de cette symptomatologie clinique si abondante et si variée, un signe attira l'attention de plusieurs cliniciens. Parfois associé à d'autres troubles morbides, il constitua, le plus souvent, la seule manifestation de la maladie qui, dans ce cas, prit le nom nouveau de hoquet épidémique.

Notre but est d'apporter dans ce travail une modeste contribution à l'étiologie de ce symptôme et un essai de traitement, bien qu'à vrai dire, dans la plupart des cas, le hoquet, traité ou non traité, avec ou sans médication, ait complètement disparu.

Les observations qui ont été publiées jusqu'ici peuvent se classer en deux groupes :

Dans le premier, rentrent les cas, fort peu nombreux d'ailleurs, qui ont été accompagnés d'autres manifestations nerveuses et qui se sont terminés par la mort ;

Dans le second, les cas où le hoquet a été souvent le seul signe de la maladie et qui se sont terminés par la guérison.

PREMIER GROUPE : *Cas mortels* :

1° C. Economo, dans la *Wiener Klinische Wochenschrift* du 10 mai 1917, signale sept cas d'encéphalite léthargique, dont un cas de hoquet (obs. IV).

A. G..., jeune fille de quatorze ans; début subaigu par céphalée, frissons, somnolence. Bientôt après, hoquet. Elle entre à la clinique quatorze jours après ce début, le 22 mars.

La malade, alors somnolente, tout à fait délirante, reste assise dans son lit, les yeux fermés; pourtant, si on lui parle, elle donne des réponses promptes et exactes; mais, abandonnée à elle-même, elle retombe tout de suite dans son état de somnolence délirante. Elle ne présentait aucun trouble de la sensibilité ou de la motricité de la face; le bulbe et la nuque étaient seulement sensibles à la pression. Les grands symptômes cliniques furent la parésie du membre supérieur droit et le hoquet continu avec contraction des seuls muscles abdominaux gauches. La température était de 38°5. La somnolence et le délire augmentèrent les jours suivants, s'accompagnant de raideur des membres inférieurs avec Babinski net. Mort le 31 mars. Température avant la mort 39°8.

Rien d'anormal dans les urines. La réaction de Wassermann, recherchée dans le sang, les urines et le liquide céphalo-rachidien, a été négative. La ponction lombaire donna issue à un liquide clair, stérile, sous pression supérieure à la normale, incoagulable et contenant 5 éléments cellulaires par millimètre cube. L'examen du fond de l'œil

montra les deux papilles très rouges ; la papille droite avait des limites moins nettes.

A l'autopsie, le professeur Wiesner trouva beaucoup de liquide dans les espaces sous-arachnoïdiens ; les méninges molles, hyperémiées, et des plaques d'hyperémie, d'ailleurs modérée, avec infiltration œdémateuse, en particulier dans l'écorce cérébrale de l'hémisphère droit. Dans la moelle dorsale supérieure existaient de même des plaques congestives, surtout marquées au niveau des cornes antérieures et postérieures. Musculature du cœur flasque ; dégénérescence graisseuse du parenchyme hépatique ; thymus bien conservé ; amygdales, follicules intestinaux, ganglions lymphatiques : hypertrophiés.

2° Notre maître, le D^r Dufour, dans la séance du 20 février 1920, à la Société médicale des hôpitaux, a rapporté les observations de plusieurs cas de hoquet.

Dans l'un de ces cas, la malade a présenté, après son hoquet, de la myoclonie des membres, avec syndrome de psychose polynévritique et torpeur se terminant par la mort.

3° R. Bénard et Et. Boissard (de Versailles) à la Société médicale des hôpitaux (séance du 20 janvier) communiquèrent l'observation suivante :

X... Pierre, 19 ans, pas d'antécédents morbides. Brusquement, en pleine santé, le 14 décembre, sans raison appréciable, le malade fut pris d'un hoquet intense, persistant, disparaissant momentanément sous la pression du phré-

nique pour reparaitre bientôt après, et cela dura quarante-huit heures. Ce hoquet n'était pas douloureux, il était simplement gênant par sa longue durée. Il ne s'accompagna pas de fièvre et disparut comme il était venu. L'état de santé se maintint parfait jusqu'au 24 décembre.

Du 24 décembre au 5 janvier, douleurs dans la région du trijumeau puis dans le cou, à gauche.

Après des alternatives de rémission et d'exacerbation, le 5 janvier, douleurs violentes, à pleurer, sur le trajet du radial et du cubital gauche, au point d'émergence des nerfs cutanés. Du 8 au 14, insomnie absolue, délire, phases d'hallucinations visuelles entrecoupées de périodes d'hyperactivité mentale. Loquacité extrême durant quarante-huit heures. Paralysie faciale à type périphérique, le 12 et le 13. Apparition de secousses myocloniques abdomino-diaphragmatiques, incessantes, non pénibles, qui durèrent jusqu'à la fin. Catatonie, tremblement des membres supérieurs à type parkinsonien. Sueurs profuses du 17 au 21. Puis, progressivement, installation d'un état léthargique débutant le 14 et allant en augmentant jusqu'à la mort, survenue le 27 après douze heures de contractions spasmodiques dans les membres supérieurs.

On a noté, en outre, à divers moments, de l'inégalité pupillaire avec mydriase, d'abord à droite, puis à gauche, deux poussées d'herpès, de l'abolition des réflexes (achilléen et rotulien), de l'incontinence des matières, de la rétention d'urine et du ballonnement du ventre dans les quatre derniers jours.

La température a présenté trois phases, d'une semaine chacune environ. D'abord progressivement ascendante :

37°4 à 39 degrés, du 5 au 14 janvier; puis, en plateau autour de 39 degrés, du 14 au 21; enfin, à nouveau ascendante : 39 degrés à 41°6, du 21 au 27. Le pouls n'a suivi que tardivement la température : dissociation d'abord (70 à 80 pulsations), pendant la première phase, puis, ascension subite en deux jours à 124; parallélisme des deux courbes à partir de ce moment, le nombre des pulsations montant à 136 le dernier jour.

La tension artérielle n'a jamais été abaissée : 18,5-11,5, oscillations : 4 (Pachon). Les urines ont toujours été abondantes ; 1.700 à 4.500 grammes Pas d'albumine, mais forte azoturie dans les derniers jours. L'urée sanguine était, à la date du 16 janvier, de 1 gr. 04; la constante $K = 0,12$. La réaction de Bordet-Wassermann a été négative.

Le liquide céphalo-rachidien a été examiné à deux reprises : le 12 janvier, il coule à gouttes pressées, il contient 30 éléments au millimètre cube et donne seulement 1/2 division à l'albuminimètre de Sicard (0 gr. 12). Le 16 janvier, il coule en jet, il est limpide, eau de roche; il contient encore 28 lymphocytes au millimètre cube; l'albumine a légèrement augmenté : elle est passée à 0 gr. 50. L'inoculation au cobaye est restée négative.

Les traitements mis en œuvre ont été successivement : électargol, huile camphrée, urotropine, hectine à la dose de 0 gr. 20 par jour en deux fois, lavement avec 0 gr. 30 d'arsénobenzol. Ils n'ont semblé donner à peu près aucun résultat.

Un abcès de fixation pratiqué dans les derniers jours n'a pas abouti. Une injection intra-rachidienne de 15 centimètres cubes de sérum de convalescent, faite le 16, détermina, au bout de douze heures, l'apparition d'une éruption scarlatiniforme

généralisée, légèrement prurigineuse, qui dura cinq à six jours, prit d'emblée un caractère miliaire et, à la fin, un caractère vésiculeux. Un abcès de fixation, tenté le 24, n'aboutit pas.

DEUXIÈME GROUPE : *Cas bénins* :

1° Le Dr Dufour, à la Société médicale des hôpitaux (séance du 30 janvier 1920) dit avoir eu trois fois l'occasion de soigner des malades atteints de hoquets persistants, avec fièvre. Le 20 février, il apporta huit nouveaux cas de hoquet, précédés ou accompagnés soit d'angine, soit de phénomènes fébriles, soit de malaises généraux catalogués : grippe.

2° Le même jour, à la même société, R. Bénard présenta les observations de quelques cas de hoquet spasmodique survenus à Versailles, au mois de décembre 1920, deux constatés par le Dr Fleury et trois par le Dr Milon :

α) Cas du Dr Fleury :

Le premier concerne un hépatique, vieux buveur, pris sans cause d'un hoquet rebelle. Ce hoquet, ayant disparu, le malade n'a manifesté aucun symptôme ultérieur.

Le second cas s'est présenté chez un entéroptosique, d'abord atteint de hoquet durant quinze jours, qui, après quinze autres jours de santé parfaite, a souffert d'accidents d'allure infectieuse, rappelant la grippe.

β) Cas du Dr Milon :

Dans le premier, il s'agissait d'un cardiaque âgé, habitant

le quartier de Montreuil, venu consulter le 5 décembre parce qu'en proie, depuis deux jours, à un hoquet incoercible. Ce hoquet dura vingt-quatre heures, puis s'arrêta brusquement. Depuis, la santé s'est maintenue parfaite.

Le second cas, observé à la même date et dans le même quartier, s'est produit chez un homme dans la force de l'âge, qui vint consulter, angoissé, les traits tirés, accusant une difficulté particulière de la déglutition. Depuis trois jours, il souffrait d'un hoquet incessant qui ne lui laissait de repos ni jour, ni nuit. Il ne pouvait pas dire trois mots sans être secoué d'un spasme diaphragmatique. Ce hoquet céda quelque temps après. Il n'y eut pas d'autres symptômes.

Le troisième cas enfin est celui d'une fillette qui, au cours d'un état infectieux qualifié grippe, avec fièvre, courbature et céphalée, fut prise d'un hoquet qui dura quarante-huit heures.

3° Le Dr P. Gautier, dans *la Revue médicale de la Suisse Romande*, a attiré l'attention sur cinq cas de hoquet qu'il a pu suivre :

α) Homme de trente-trois ans, ressent, le 1^{er} janvier 1920, un frisson avec malaise, et température à 38 degrés. Cet état disparut en quelques heures, mais, le 3 janvier, début d'un hoquet violent ne pouvant être rapporté à aucune cause d'origine digestive ; hoquet persistant plusieurs heures, sans arrêt, rendant le sommeil impossible. Le moindre accès de toux déclenchait une nouvelle crise de hoquet. Cet état persista trois jours, pour disparaître brusquement. A aucun moment, le patient ne présenta de symptômes myocloniques.

β) Homme de quarante-cinq ans, souffrant, le 14 janvier,

quand le Dr Gautier le vit, d'un hoquet incoercible durant depuis trois jours. Le patient n'avait pas cessé son travail, n'avait pas eu de fièvre, mais il était épuisé par son hoquet qui ne lui laissait que de courts instants de repos. Du bromure de potassium lui fut prescrit; vingt-quatre heures après, arrêt du hoquet. Aucune myoclonie ni pendant le hoquet ni après.

γ) Homme de trente-six ans, vu le 6 février pour un hoquet incessant datant de trois jours, très violent et brusquement survenu. Le malade ne pouvait dire quelques mots sans être secoué par les contractions de son diaphragme. Température 38 degrés. Aucune myoclonie; réflexes normaux. Traitement par les antispasmodiques. Arrêt du hoquet le lendemain.

δ) Homme de trente ans, vu au début de février, présentant un cas analogue aux cas précédents. Aucune secousse musculaire dans l'abdomen ou les membres, mais hoquet incoercible sans fièvre pendant quatre jours. Bonne santé depuis lors.

ε) Femme de quarante-six ans, entrée à l'hôpital cantonal le 18 avril pour varices et hoquet incoercible. Début brusque du hoquet le 17 avril. Les secousses se répètent fréquemment et durent pendant des heures sans arrêt. Pas de phénomènes myocloniques. Le 19 avril, le hoquet est plus rare. Ponction lombaire : 25 centimètres cubes, liquide clair, pression normale, albumine 0,10 0/00, chlorures 7,1 0/00, sucre 0,40 0/00, 3,2 éléments à la cellule de Nageotte. Le 20 avril le hoquet disparaît.

4° Le Dr Le Hello a bien voulu nous communiquer l'observation suivante :

D..., cinquante et un ans, pris le 21 décembre 1919 d'une crise de hoquet spasmodique {continuel. Un médecin appelé prescrivit de l'eau chloroformée et des pilules de belladone, sans aucun résultat.

Le Dr Le Hello fut consulté le 23 décembre, le hoquet ayant été continu, jour et nuit, depuis le 21. Le malade était épuisé et complètement découragé; il ne pouvait ni s'alimenter ni dormir; la parole était impossible. L'examen permit de constater un état saburral des voies digestives, avec constipation opiniâtre. Le ventre était sensible et ballonné; la région de l'estomac, nettement douloureuse; l'inspection de la gorge montrait une rougeur diffuse. La température oscillait entre 38° et 38°5. Céphalée intense, tachycardie légère. L'appareil pulmonaire était indemne, les urines rares et foncées, les réflexes un peu vifs.

Le traitement consista en potion de Rivière et eau de Vichy à haute dose, en application de compresses sur la région gastrique et en absorption de petits morceaux de glace. Le hoquet continua sans interruption, et, le lendemain, devant les supplications du malade qui demandait même une opération pour être délivré, on pratiqua un lavage d'estomac avec de l'eau de Vichy tiède. Le hoquet cessa instantanément pour ne plus reparaitre.

5° Observations personnelles :

Jeanne R..., treize ans et demi. Le 25 septembre 1920, accès fébrile avec malaises, dyspnée et point de côté douloureux au niveau de l'hémithorax droit. La gorge présentait une rougeur diffuse. Température : 39°5. Au niveau du tiers inférieur du pöumon droit : submatité, diminution

légère de la respiration et quelques frottements — râles.

Le poumon gauche respirait largement et normalement. La dyspnée semblait n'exister que du côté droit. Recherche du signe du bouton diaphragmatique de Guéneau de Mussy : positive. Douleur très vive à la pression au niveau de la région interne des premiers espaces intercostaux, dans l'intervalle compris entre les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien, et sur les apophyses épineuses des premières vertèbres cervicales. A gauche, les points symétriques ne présentaient aucune sensibilité.

La mère, interrogée, nous apprit, alors seulement, que la jeune malade, courbaturée depuis quelques jours, fut prise brusquement, le 12 septembre, le matin, au réveil, d'une crise de hoquet qui dura cinq minutes environ et qui reparut deux ou trois fois dans le courant de la journée, par périodes de dix minutes. Les jours suivants, les crises de hoquet furent plus fréquentes et plus prolongées. Le 25, elles cessèrent complètement, pour faire place au point de côté.

Nous portâmes le diagnostic de grippe, d'autant plus volontiers, que nous avions observé, dans la localité, de nombreux cas d'angines, d'abcès de l'amygdale, de pharyngites et d'embarras gastriques. La malade ne resta alitée que quatre à cinq jours et guérit.

β) L. W..., docteur en médecine.

A la fin d'août, pendant quelques jours, le Dr W... ressentit des douleurs dans la région frontale, avec encliffement ; le 2 septembre, catarrhe nasal ; le 3, le catarrhe diminue, mais surviennent des bourdonnements d'oreille accompagnés de battements très violents au niveau des régions temporales. A la suite d'un mouvement de flexion forcée du tronc

sur les cuisses, pour lacer ses souliers, le malade comprima fortement son abdomen, et le hoquet apparut. Il persista toute la journée, au rythme d'une secousse par quatre secondes, sauf une rémission de trois quarts d'heure. Ce hoquet n'était pas douloureux ; il provoquait plutôt une sensation de gêne. Aucune douleur à la pression de la région diaphragmatique. Vers le soir, le malade put arrêter les secousses du hoquet par la compression de la cloison nasale gauche, au niveau du point indiqué par le Dr Bonnier comme répondant au phrénique. Au bout de vingt minutes, le hoquet reparut. Et la même tentative, une demi-heure après, ne donna plus aucun résultat.

Le 4 septembre, nuit d'insomnie ; hoquet ininterrompu ; pas de léthargie ; le hoquet bat la seconde. L'alimentation, qui, la veille, avait pu se faire normalement, est maintenant suivie de vomissements. La température est normale.

Le 5, traitement par le mépris ; le malade tente même de s'alimenter. Il fait un fin déjeuner qu'il mange de bon appétit. Le hoquet disparaît au moment du repas. Mais, au dessert, surviennent des malaises, puis des vomissements accompagnés de sensation de brûlure vive au niveau de l'œsophage et de l'estomac. En même temps, le malade rejette un liquide muqueux, acide, très abondant. Un médecin est alors appelé. L'agitation est extrême, le hoquet violent et très fréquent, les éructations bruyantes. Le chloral et le bromure de potassium n'apportent aucune amélioration. On tente la compression digitale des deux phréniques, au niveau de l'intervalle compris entre les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien. Le hoquet s'arrête pendant vingt-cinq minutes environ. La même manœuvre,

pratiquée une demi-heure après la reprise du hoquet, ne produit plus aucun effet.

Le 6, l'état est toujours le même, malgré le chloral, le bromure de potassium et le valéronal.

Le 7, mauvaise journée. L'agitation est très vive, le hoquet tellement fréquent que la parole devient impossible. Le traitement est continué. On y adjoint de l'urotropine.

Le 8, état stationnaire. On pratique, sans résultat, la faradisation des deux phréniques et la compression des globes oculaires. L'après-midi, crises gastriques et œsophagiennes avec douleurs violentes, sensation de brûlure et rejet de mucus filant, abondant et acide. Le hoquet est toujours très fréquent. Il s'accompagne de frémissements musculaires de la partie supéro-antérieure du thorax et de la région mentonnière. L'administration de véronal et l'ingestion de liquide procurent un calme de trois quarts d'heure à une heure.

Le 9, le malade sort, quoique encore en proie au hoquet et aux vomissements.

Le 10, répit de trois heures.

Le 11, le répit va de quatre heures à midi. Pendant ces trois derniers jours, le sommeil est revenu, mais le malade dort secoué par le hoquet.

Le 12, la nuit a été très bonne, sans hoquet. Le malade s'alimente : pas de vomissements. La parole est possible, et le hoquet disparaît définitivement.

Plusieurs autres cas de hoquet ont été observés à la même époque, dans le même quartier, pendant l'épidémie de grippe, mais nous n'en possédons pas les observations.

Tels sont les cas de hoquet épidémique qui nous sont connus. Les opinions des auteurs, à leur sujet, sont à peu près identiques :

Le Dr Dufour croit qu'il sagit d'un trouble du phrénique. Le Dr Gautier est porté à y voir une forme un peu spéciale de cette affection polymorphe qu'est l'encéphalite léthargique. Il pense qu'il s'agirait d'un trouble du phrénique et que cette épidémie de hoquet, constatée parallèlement à l'épidémie d'encéphalite, pourrait en être, soit une forme atténuée, soit une manifestation de début.

Tel est aussi l'avis d'Economo, qui attribue à un foyer situé au niveau de la moelle allongée le cas d'encéphalie avec hoquet que nous avons rapporté. Il pense que le microbe ayant provoqué la lésion est celui que le professeur Wiesner a décrit comme agent causal de l'encéphalite léthargique (*streptococcus pleomorphus*).

R. Bénard, ayant observé des cas de hoquet pendant l'épidémie d'encéphalite, écrit qu'on ne peut manquer d'être impressionné par cette coïncidence.

En somme, tous les auteurs estiment que le hoquet est le résultat d'un trouble du phrénique, pouvant être sous la dépendance de l'encéphalite léthargique.

Nous avons essayé de nous faire une opinion en étudiant en détail quelques cas. Tout d'abord, un premier fait nous a semblé se dégager nettement : c'est qu'un élément infectieux est indiqué dans presque toutes les observations. S'agit-il d'encéphalite, ou d'une grippe à forme nerveuse ? Certains auteurs admettent que les deux affections sont causées par le même agent microbien ; tandis que les

autres, avec Economo et Wiesner, tout en croyant avoir démontré que l'encéphalite léthargique est une véritable entité morbide, causée par un microbe spécial isolé et inoculé au singe avec succès par les Drs Wiesner en Autriche, Strauss, Hirschfeld et Loewe, en Amérique, admettent cependant que l'intervention du virus encore inconnu, disent-ils, de la grippe, est ici, comme pour le coco-bacille de Pfeiffer, la cause prédisposante que l'on retrouve à peu près constamment. Nous admettrons donc que l'agent infectieux est, tout au moins au début de l'affection, et peut-être exclusivement, d'origine grippale.

Le hoquet, contraction spasmodique du diaphragme avec brusque fermeture de la glotte, est sous la dépendance du nerf phrénique. Mais son mécanisme provocateur nous a paru très différent dans les divers types de hoquet épidémique que nous avons rapportés.

Nous avons cru pouvoir en effet les diviser en trois groupes.

- 1° Hoquet d'origine centrale;
- 2° Hoquet d'origine nerveuse;
- 3° Hoquet d'origine périphérique.

I. — *Hoquet d'origine centrale*

Dans l'observation publiée par C. Economo, l'origine centrale du hoquet fut nettement établie par les résultats de l'autopsie qui révéla une lésion de la

partie supérieure de la moelle dorsale, région qui est considérée comme tenant sous sa dépendance le centre du phrénique. Dans ce cas particulier, il s'agissait d'une méningo-encéphalo-myélite puisque la réaction inflammatoire s'étendait aussi à l'écorce cérébrale et aux méninges.

Il semble que l'on a pu observer du hoquet d'origine centrale sans qu'une terminaison fatale ne survienne.

Les autopsies, qui ont été pratiquées dans des cas d'encéphalite, nous montrent des lésions vasculaires inflammatoires se présentant sous des aspects divers. Tantôt, on trouve de l'œdème avec une exsudation séreuse abondante ; tantôt, se sont de petites hémorragies microscopiques, qui peuvent régresser par la suite ou s'enkyster ; d'autres fois ce sont de petits foyers puriformes résultant de la transformation d'un afflux très intense de globules blancs. Ces lésions peuvent rester localisées à une zone bien déterminée, s'étendre progressivement aux territoires voisins ou évoluer en même temps en des points éloignés.

Il est donc permis de supposer que, dans les quelques cas de hoquet où la lésion originelle n'a pu être décelée, il s'agissait d'une réaction inflammatoire de la partie supérieure de la moelle dorsale ; le processus pouvant rester localisé à la moelle ou affecter en même temps d'autres zones nerveuses. A l'appui de cette hypothèse, nous apportons deux observations :

La première concerne un malade d'une cinquan-

taine d'années environ, chez qui on ne constatait lors de son entrée à l'hôpital, aucun signe physique ou fonctionnel, mais simplement de la courbature accompagnée d'un état fébrile léger. Au bout de quelques jours, le malade ayant présenté le signe de Dufour, nous attendîmes l'hémiplégie qui ne tarda pas à se produire. Elle dura une quinzaine et disparut sans laisser de trace. Dans ce cas, la lésion inflammatoire, très nettement localisée, était probablement d'origine grippale, l'épidémie sévissant alors assez durement.

Notre seconde observation se rapporte à un sujet, âgé de 40 ans, dont la maladie débuta par la courbature avec fatigue générale et état subfébrile. Cette période dura quinze jours. Puis, survinrent des troubles oculaires, sans somnolence. Ces troubles disparurent pour faire place à des crises de bâillement ; crises intermittentes, mais de plus en plus impérieuses et de plus en plus fréquentes. Elles cessèrent brusquement. Le malade fut alors en proie à de l'insomnie avec irritation nerveuse et crises d'érections suivies d'éjaculations. Cela dura huit jours puis les bâillements reparurent. Ceux-ci ayant pris fin, une paralysie faciale se déclara ; elle dura un mois et disparut sans laisser aucune trace. Le malade eut ensuite des crises de tachycardie. Il guérit, mais conserva néanmoins un état assez marqué de nervosité et d'inquiétude. Pendant l'évolution de la maladie, la température ne dépassa pas 38°, l'état général était mauvais : amaigrissement, asthénie,

état saburral des voies digestives avec anorexie et constipation opiniâtre.

La réaction inflammatoire semble bien s'être localisée successivement à des territoires différents, sans provoquer de séquelle appréciable.

L'évolution de la maladie se fit pendant l'épidémie de grippe.

II. — *Hoquet d'origine nerveuse*

Dans notre observation de la jeune J. R..., le hoquet a paru le symptôme primitif de l'affection ; il a été remplacé par un point de côté de l'hémithorax droit.

L'examen nous apprit qu'il s'agissait d'une réaction pleurale droite, survenue à la suite de légers phénomènes semblables à ceux que l'on rencontre dans la grippe. Le hoquet, à notre avis, n'est apparu qu'après la réaction pleurale. Il était logique de penser que le nerf phrénique, irrité par contact avec la plèvre malade, avait déterminé le hoquet. Puis, le processus inflammatoire, s'étendant peu à peu, atteignit la région pleurale en rapport avec la paroi costale, et le point de côté apparut de la même façon que le hoquet. Si bien que, lors de notre examen, nous avons recherché et trouvé la douleur tout le long du phrénique droit. Cependant, le hoquet avait disparu. Nous en avons conclu que la réaction inflammatoire avait diminué progressivement au niveau de la plèvre médiastine, pour s'étendre vers

la plèvre costale, et que le hoquet était le résultat d'une névralgie phrénique.

Dans l'observation de R. Bénard et Et. Boissard rapportant l'histoire de la maladie de Pierre X..., le hoquet fut le premier symptôme, puis survinrent des douleurs, d'abord au niveau du conduit auditif externe, ensuite dans la région mastoïdienne et au niveau du trapèze. Après une rémission, la douleur envahit l'épaule ; elle s'étendit enfin sur le territoire du radial et du cubital. De plus, des secousses abdomino-diaphragmatiques incessantes tourmentèrent le malade jusqu'à sa mort. On nota en même temps de l'inégalité pupillaire avec mydriase. Les auteurs insistent sur le caractère des douleurs : très vives, « à en pleurer ». Ils ont parlé des réflexes achilléens et rotuliens abolis ; ils ont oublié les réflexes olécraniens et antibrachiaux et passé sous silence les troubles moteurs et les troubles de la sensibilité ; enfin, ils n'ont donné aucune indication sur les points douloureux du phrénique.

A notre avis, l'élément infectieux, dans ce cas, s'est localisé d'abord au niveau du plexus cervical, puis s'est étendu au plexus brachial, en y déterminant une lésion de névrite. Le hoquet fut sous la dépendance de la névrite du phrénique. Et la mydriase, observée à divers moments, indique bien que la réaction inflammatoire s'étendait jusqu'au premier nerf dorsal, puisque c'est de la racine de ce premier nerf que partent les fibres qui se rendent au centre ciliaire. Cependant, pour diagnostiquer

la lésion d'une manière moins imprécise, d'autres renseignements seraient nécessaires. La douleur, avec son caractère de violence excessive, peut seule, dans ce cas, mettre sur la voie du diagnostic.

III. — *Hoquet d'origine périphérique*

Dans l'observation que le Dr Le Hello a mise obligeamment à notre disposition, le malade présentait des troubles ressemblant à ceux que l'on constate au cours d'une grippe gastro-intestinale : température, rougeur de la gorge, état saburral des voies digestives, constipation opiniâtre, urines rares et foncées. Il existait du ballonnement du ventre et de l'hyperesthésie de la région gastrique. Un lavage d'estomac semble avoir amené la guérison. Nous pensons que, dans ces faits, la cause du hoquet résidait exclusivement dans la distension extrême de l'estomac, qui, par sa grosse tubérosité, exagérait ses rapports normaux avec la face inférieure du diaphragme, comprimant fortement les ramifications terminales que le phrénique envoie, en trois groupes distincts, au-dessous de la concavité diaphragmatique. On s'explique aussi la tachycardie légère du malade. L'estomac, débarrassé par le lavage, des gaz qui distendaient sa paroi à l'excès et la rendaient douloureuse, revint à son état normal, n'irrita plus les terminaisons du phrénique, et le hoquet cessa immédiatement. En somme, il s'agirait, dans ce cas, d'un phénomène

réflexe se passant exclusivement dans le phrénique : irritation mécanique des extrémités des filets sensitifs, transmission aux neurones médullaires, et excitation des filets musculaires du diaphragme.

Dans l'observation du docteur L. W., la maladie a débuté par des symptômes de grippe. L'affection grippale suivait une marche progressivement descendante, provoquant de la rhino-pharyngite quand, brusquement, le hoquet apparut. Il nous a semblé que le processus inflammatoire, en atteignant le rhino-pharynx dont la sensibilité dépend du pneumogastrique par les deux rameaux pharyngiens et par les deux rameaux laryngés, avait pour effet l'irritation de ce nerf. Le hoquet a débuté tout d'un coup, à la suite d'un mouvement de flexion forcée du tronc sur les membres inférieurs produisant ainsi une brusque compression de l'abdomen. On peut admettre, nous semble-t-il, que cette compression brusque a, de la façon suivante, déclanché le hoquet : la réaction inflammatoire, propagée le long de pneumogastrique, avait atteint le plexus solaire : celui-ci, traumatisé par suite du mouvement de flexion, a réagi en excitant les extrémités nerveuses des phréniques qui viennent se terminer dans la concavité des ganglions semi-lunaires. D'où le hoquet. Nous pensons que cette explication peut être défendue, parcequ'en même temps le malade a souffert de crises gastriques et œsophagiennes avec hypersécrétion muqueuse. Or, comme le pneumogastrique contient à la fois des fibres motrices et des fibres sécrétrices

de l'estomac, comme, d'autre part, il n'existait aucune douleur le long du trajet du phrénique, il nous semble assez indiqué de conclure que le pneumogastrique, irrité par l'intermédiaire des nerfs laryngés et pharyngés, a réagi sur toute son étendue jusqu'au ganglion semi-lunaire, provoquant ainsi l'excitation des terminaisons nerveuses du phrénique, et, par suite, le hoquet. De même, les mouvements fibrillaires, observés par le malade au niveau de la partie supérieure du thorax et du menton, semblent s'être produits dans le domaine du peaucier qui est innervé par des rameaux venus de la troisième cervicale antérieure, où le phrénique prend son origine apparente.

Ce hoquet, malgré tout les traitements employés pour le combattre, a cessé seul et progressivement, parce qu'à notre avis, la réaction inflammatoire du rhino-pharynx a, elle aussi, cessé.

En somme, dans cette espèce de petite épidémie de hoquet, l'élément infectieux, de nature probablement grippale, semble avoir agi sur le phrénique de diverses façons, irritant tantôt son centre médullaire, tantôt le tronc nerveux lui-même, tantôt ses terminaisons. Le nerf a pu aussi être irrité par contiguïté avec un territoire anatomique, siège d'une réaction inflammatoire plus ou moins intense. Du reste, on a déjà signalé des cas de hoquet dans la pleurésie diaphragmatique, dans la péricardite, dans la compression du nerf par des masses ganglionnaires.

et aussi dans la tuberculose pulmonaire et pleurale, le phrénique étant alors englobé soit dans la plèvre malade, soit dans une série de granulations sous-pleurales.

Le traitement du hoquet dépendra donc de la lésion causale. Le plus souvent l'expectative paraît suffisante, puisque d'ordinaire le hoquet cesse spontanément ; peut-être même, dans certains cas, aurait-il cédé plus tôt si des interventions n'avaient pas apporté une nouvelle irritation nerveuse. Cependant il est, croyons-nous, préférable de tenter quelque chose pour soulager le malade. Aussi, est-il nécessaire de pratiquer un examen complet du patient pour déceler, si possible, la lésion causale.

Les médications calmantes telles que le bromure de potassium, le chloral et le véronal n'ont donné aucune amélioration.

S'il s'agit d'une affection à point de départ laryngé, nous pensons que les crises de hoquet pourraient être améliorées, et peut-être même arrêtées, par la désinfection des fosses nasales et des voies respiratoires supérieures. On pourrait employer l'huile goménolée à 4 ou 5 o/o dans les fosses nasales, et des fumigations, ou mieux des inhalations, avec des solutions à l'eucalyptol ou à l'huile goménolée.

Si la lésion est d'origine gastrique, une purgation légère, ou un lavage d'estomac avec de l'eau de Vichy tiède, suffira souvent pour faire cesser les phénomènes spasmodiques.

Si la lésion siège à la plèvre, nous pensons que le hoquet pourra probablement être arrêté par la compression pratiquée au moyen d'un bandage de corps large, capable d'immobiliser le thorax, le type respiratoire devant prendre alors une forme costale supérieure ou nettement abdominale, et le phrénique étant ainsi moins irrité par la région voisine immobilisée.

Dans le cas de névrite du phrénique, il nous semble qu'il faut essayer de traiter le hoquet par les méthodes ordinaires. Aussi conseillerons-nous le traitement électrique, appliqué soit au niveau du bouton diaphragmatique, soit au niveau de l'intervalle compris entre les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien. On pourrait adjoindre à ce traitement une médication strychninée.

Si, malheureusement, la lésion siège dans la région médullaire, nous pensons qu'aucun traitement ne peut prétendre, à l'heure actuelle, à une efficacité assurée.

Il faudra cependant, dans tous les cas, ne pas employer uniquement une médication symptomatique. Il faudra aussi s'attaquer à la lésion causale, et lutter, par tous les moyens, contre l'infection générale, contre la grippe qui semble avoir été couramment retrouvée à l'origine de cette affection.

Le D^r Dufour a employé avec succès, chez certains de ses malades, les inhalations d'oxygène. A moins d'admettre qu'il s'agit d'un virus extrêmement fragile et de vitalité amoindrie par un léger changement de

milieu (en l'espèce, un léger excès d'oxygène dans le sang), nous ne concevons pas comment agissent ces inhalations. Mais les résultats obtenus semblent montrer que cette médication fut heureuse.

CONCLUSIONS

Le hoquet épidémique est le résultat d'une infection localisée pouvant agir de différentes façons :

1° En intéressant directement le phrénique, soit au niveau de son origine réelle, soit au niveau du tronc nerveux ;

2° En se portant sur des régions ayant avec le phrénique des rapports très étroits, telles que les régions pleurale et péricardique ;

3° En s'attaquant à d'autres nerfs (le pneumogastrique par exemple, qui irriterait les terminaisons du phrénique par l'intermédiaire du ganglion semi-lunaire) ;

4° En produisant des troubles fonctionnels sous-diaphragmatiques susceptibles d'exciter les terminaisons nerveuses du phrénique, comme, par exemple, la distension excessive de l'estomac.

Le traitement sera, ainsi que nous l'avons indiqué, purement symptomatique et général (c'est-à-dire anti-infectieux) dans la plupart des cas, et, quelquefois causal, lorsque la lésion, déterminant le hoquet, aura pu être déterminée d'une façon précise.

Vu : le Président de la thèse,
ACHARD

Vu le Doyen :
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

Economo (C.). — Encephalitis lethargica (Wiener Klinische Wochenschrift, n° 19, 10 mai 1917).

Richard von Wiesner (Prof.). — Etiologie de l'encéphalite léthargique (Wiener Klin. Woch., n° 30, 26 juillet 1917).

Lowe, Hirshfeld et Strauss. — Journal of infectious diseases nov. 1919.

Dufour (H.). — Société médicale des hôpitaux, 30 janvier 1920.

— Le hoquet épidémique (Société médicale des hôpitaux, 20 février 1920).

Bénard (R.) et Boissard (Et.). — Société médicale des hôpitaux, 20 février 1920.

Bénard (R.). — Journal médical français, mars 1920.

Gautier (P.). — Le hoquet épidémique (Société médicale de la Suisse Romande, n° 5, mai 1920).

